

.....
(Imię i nazwisko członka rodziny lub opiekuna)

**AKCEPTACJA OSOBY ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI OPIEKI WYTCNIENIOWEJ DLA
DZIECKA OD UKOŃCZENIA 2.ROKU ŻYCIA DO UKOŃCZENIA 16. ROKU ŻYCIA
POSIADAJĄCEGO ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług opieki wytchnieniowej w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2024, realizowanego przez Fundację Rodzin Polskich im. Św. Jana Pawła II ja niżej podpisany/a akceptuję Pana/Panią jako osobę, która ma świadczyć usługi opieki wytchnieniowej dla mojego dziecka posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności:

Imię i nazwisko dziecka

Dane osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej dla dziecka

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

.....
(podpis członka rodziny lub opiekuna sprawującego opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością)